



## CERTIFICATO DI VACCINAZIONE

Si attesta che  
**DI PROVA PAZIENTE UNO**, nata a **GENOVA** il  
**01/01/2001** residente in **VIA DELLE PROVE 1/11A -**  
**16121 - GENOVA (GE)** ha effettuato le seguenti  
vaccinazioni:

ANTI INFLUENZALE	Data	Dose	Prodotto	Codice Lotto	Data Scad.
	24/04/2023	1	FLUAD	8855XYZ-001	30/12/2025

NON HA EFFETTUATO LE VACCINAZIONI PREVISTE PER GLI ADEMPIMENTI DI LEGGE

Data, 11/10/2017

AZIENDA USL DI PIACENZA  
OPERATORE SANITARIO

null